

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

642
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger COLLETAS

Né le 15 février 1910, à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

RÉFLEXIONS

SUR

LA CLINIQUE ET LA RADIOLOGIE
DE 117 ULCÈRES DUODÉNAUX

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE (PROFESSEUR A. GOSSET)

Consultation de Gastro-Entérologie de la Salpêtrière (Docteur R.-A. GUTMANN)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

216

RÉFLEXIONS

SUR

LA CLINIQUE ET LA RADIOLOGIE

DE 117 ULCÈRES DUODÉNAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0053

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger COLLETAS

Né le 15 février 1910, à Pointe-à-Pitre (Guadeloupe)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

RÉFLEXIONS

SUR

LA CLINIQUE ET LA RADIOLOGIE
DE 117 ULCÈRES DUODÉNAUX

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE (PROFESSEUR A. GOSSET)

Consultation de Gastro-Entérologie de la Salpêtrière (Docteur R.-A. GUTMANN)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOUR.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N ..
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN. . . Pathologie médicale.
 BULLIARD. . . Histologie.
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 FEY. . . . Urologie.
 GALLIARD. . Parasitologie.
 GASTINEL. . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GAYET. . . . Physiologie.
 GIROUD. . . . Histologie.
 HAGUENAU. . Pathologie médicale.
 HAGPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. . . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE. . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J LÉVY. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. . . Pathologie médicale
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. . . . Obstétrique.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
 SÉNÈQUE. . . Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. . Pathologie expérimentale.
 TURPIN. . . . Pathologie médicale.
 VIGNES. . . . Obstétrique.
 WILMOTH. . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI . .	}	BASSET. .	}
ALAJOUANINE		BROcq . .	
AUBERTIN .		CADENAT .	
BRULÉ . .		GATELLIER.	
CHABROL. .		HEITZ-BOYER	
CHIRAY . .		MOURE. .	
DONZELOT .		QUÉNU. .	
DUVOIR . .		SCHWARTZ	
LIAN . . .		VELTER .	
PASTEUR-VAL- LÉRY-RADOT			
ÉZARY . .			

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

ECALLE . .	}	
GUÉNIOT. .		
LE LORIER .		
LÉVY-SOLAL.		
METZGER. .		

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES TANTES

MESDEMOISELLES LOUISA
ET MARIE-THÉRÈSE ROMNEY

*Puissent-elles trouver ici
une preuve de ma tendresse
et de ma reconnaissance pour
la bonté qu'elles ne cessent de
me prodiguer.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FIANCÉE

Témoignage d'affection.

A MES PARENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière.

Membre de l'Institut.

Membre de l'Académie de Médecine.
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Dans le service de qui ce
travail a été fait et dont la
riche documentation nous a
été si précieuse.*

*Qu'il trouve ici l'expres-
sion de notre respectueuse
reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il a bien voulu nous
faire en acceptant le prési-
dence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux.

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et nous a aidé
de ses précieux conseils. Que
ce soit pour nous, l'occasion
de lui exprimer notre recon-
naissance pour l'enseigne-
ment qu'il nous a prodigué
et lui dire combien profonde
est notre gratitude.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1928 : MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

1929 : MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

1930 : MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY (*in memoriam*).

1931 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

1932 : MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER

1933 : MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

1934 : MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN

1935 : MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH

Que nous prions de vouloir bien accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance pour l'éducation clinique que nous leur devons.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BANZET

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUGEARD

Assistant à la Consultation de Médecine
de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES MOTZ

Chef de la Consultation d'Urologie
de l'Hôpital Saint-Louis.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES VOULPIOTIS

Assistant à la Consultation de Gastro-Entérologie
de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière

A MON AMI LE DOCTEUR R. GRINBERG

A MES CONFÉRENCIERS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

RÉFLEXIONS

SUR

LA CLINIQUE ET LA RADIOLOGIE

DE 117 ULCÈRES DUODÉNAUX

AVANT-PROPOS

Au cours de notre année d'externat à la Consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu, notre Maître, M. le D^r René A. Gutmann a souvent insisté devant nous sur l'importance d'*un interrogatoire bien conduit* — temps capital de l'examen clinique — et la valeur de *parfaites radiographies en série*, pour le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. Précisant sa pensée, notre Maître nous a enseigné combien ces deux données sont nécessaires mais *suffisantes* pour établir ce diagnostic dont elles constituent des étapes distinctes. A la Clinique appartient le rôle de révéler l'existence de la maladie ulcéreuse, aux radiographies en série celui de mettre en évidence le siège de la lésion.

Quand nous avons été initié à la pratique de l'examen des malades du tube digestif, nous avons dépisté

un certain nombre d'ulcères et en particulier d'ulcères duodénaux variété le plus souvent rencontrée. Ces cas s'imposaient; pour la plupart d'entre eux, à notre diagnostic, par leurs signes cliniques nets, leurs signes radiologiques impératifs. Nous avons de ce fait été frappé, en parcourant la littérature médicale de ces dernières années, de constater que plusieurs auteurs modernes insistent — à côté de rares cas typiques — sur les difficultés et les incertitudes rencontrées dans le diagnostic des ulcères duodénaux. Notre Maître nous a montré de quel intérêt serait, en regard de ces conceptions, l'analyse d'une série d'ulcères duodénaux identifiés uniquement par l'examen clinique et les radiographies en série. Les déductions tirées de cette étude à laquelle nous nous sommes livré, constituent le sujet de notre thèse.

C'est de la riche documentation de la Consultation de Gastro-Entérologie de la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière que proviennent les observations qui sont la base de ce travail. Nous avons limité, nos recherches à l'examen des dossiers les plus récents. Parmi eux nous avons éliminé tous ceux comportant des histoires cliniques gastriques, hépatiques, intestinales, œsophagiennes, si banales qu'elles n'ont même pas nécessité un examen radiologique. Il nous est resté alors 675 dossiers de consultants atteints d'affections diverses de l'appareil digestif, dossiers comportant : observations, examens de laboratoires, examens radiologiques. Nous avons dépouillé ces

675 dossiers et avons trouvé 207 ulcères dont 117 du bulbe duodénal, 59 de l'estomac, 20 du canal pylorique. Dans 11 cas la localisation n'a pu être précisée (la plupart d'entre eux se rapportaient à d'anciens opérés). Nous n'avons retenu pour ce travail que les ulcères duodénaux.

Notre exposé a été divisé en deux grands chapitres, clinique et radiologique, que nous avons fait précéder d'un court rappel de l'évolution des conceptions du diagnostic de l'ulcère duodénal. Enfin nous avons tenu à signaler les renseignements étiologiques recueillis.

*
* *

Nous prions M. le Professeur Gosset de trouver ici l'expression de notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli. C'est dans son admirable service que nous avons trouvé la riche documentation dont sont extraites nos observations. Nous lui sommes redevable des possibilités de travail qui nous ont été ainsi offertes.

A notre Maître M. le Dr René A. Gutmann nous sommes profondément reconnaissant de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse. Nous ne saurions assez le remercier de la confiance qu'il nous a témoignée et de la sollicitude qu'il a eue à notre égard. Il a bien voulu, non seulement nous aider de ses conseils, mais prier le Dr Voulpiotis de nous prêter son concours

pour analyser les nombreux dossiers que nous avons eus à examiner. Nous prions ce dernier d'accepter nos remerciements pour sa précieuse et bienveillante collaboration qui nous a rendu plus aisée notre tâche.

INTRODUCTION

Les premiers travaux parus sur l'ulcère duodénal, en particulier ceux de Travers (1817), de John Abercombie (1830), les trois cas personnels relatés par Klinger (1861) et les mémoires de Falkenbach et de Trier (1863-65) ne donnent qu'une description clinique sommaire de la maladie; cependant, Abercombie insiste déjà sur l'horaire tardif de la douleur.

L'histoire de l'ulcère duodénal est dominée par le mémoire classique de Bucquoy, publié en 1887 dans les *Archives générales de médecine*.

Les conclusions auxquelles cet auteur aboutit sont importantes à considérer, car sur elles reposent les discussions qui ont eu lieu au début de ce siècle sur la fréquence, le siège et les signes cliniques de l'ulcère duodénal.

Voulant opposer la symptomatologie de l'ulcère duodénal à celle, donnée par Cruveilhier, de l'ulcère gastrique, Bucquoy insiste sur l'absence de signes gastriques de l'ulcère du duodénum; mais il s'empresse d'ajouter que parfois cet ulcère peut s'accompagner de retentissement gastrique. N'ayant pas de contrôle chirurgical et radiologique, ni même de contrôle nécropsique, il décrit des cas typiques, des

cas avancés, des cas à riche symptomatologie, car il est obligé de demander à la clinique seule des arguments en faveur de cette localisation duodénale de l'ulcère qu'il cherche à faire connaître. Il en arrive ainsi à considérer comme symptômes fondamentaux de l'ulcus duodéal des signes qui sont, par exemple le melœna, en réalité de véritables complications. Ces faits expliquent également que Bucquoy soit arrivé à admettre la rareté de l'ulcère duodéal.

Ces idées sont reprises par Henri Collin, élève de Letulle, dans sa thèse soutenue en 1894 et plus tard par Dieulafoy dans ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. Ces auteurs concluent à la rareté de l'ulcère duodéal, qui s'oppose de plus à l'ulcus gastrique par l'absence de signes, alors classiques, de localisation gastrique de l'ulcère.

A côté de cette conception dualiste de la symptomatologie des ulcères gastriques et duodénaux, Soupault et Hartmann décrivent sous le nom d'ulcère pylorique, ou juxta-pylorique, des ulcères dont la symptomatologie est conditionnée essentiellement par leur action sur le pylore. Ils montrent que le syndrome observé : syndrome de Reichmann (douleurs post-prandiales tardives avec présence de liquide à jeun, hypersécrétion chlorhydrique et digestion rapide des albumines) est souvent en rapport avec une lésion ulcéreuse et est le même que la perte de substance siége en amont sur le versant gastrique, ou en aval sur le versant duodéal du pylore.

En 1900, se basant sur des constatations opéra-

toires, les frères Mayo de Rochester aux Etats-Unis, Mayo Robson et Moynihan en Angleterre, viennent affirmer la fréquence de l'ulcère duodénal, fréquence bien supérieure à celle de l'ulcère gastrique.

Cette question est reprise en 1910 au Congrès français de chirurgie : Ricard et Pauchet apportent les conclusions des chirurgiens anglais et américains, et d'après ces conceptions tracent un tableau clinique de l'ulcère duodénal.

A la suite de ces travaux, Mathieu et Œtinger, précisant la conception de l'école française, distinguent deux grandes formes d'ulcère simple du duodénum : l'ulcère duodéno-pylorique, siégeant dans la zone d'influence du pylore, et l'ulcère duodénal vrai beaucoup plus rare, disent-ils, et qu'ils affirment correspondre au type classique décrit par Bucquoy et Collin. Cette conception, accordant aux signes cliniques une importance de premier plan, pour le diagnostic du siège de l'ulcère duodénal, crée une confusion qui n'est pas encore dissipée : elle fait ranger dans le même cadre, — tenant compte seulement des réactions pyloriques observées — des ulcères de sièges tout à fait distincts.

*
* *

Toutes les discussions soulevées au sujet de l'ulcère duodénal ont le mérite d'attirer l'attention sur cette maladie, qui d'abord considérée comme rare est peu à peu reconnue plus fréquente et entre

dans la pratique journalière de la gastro-entérologie.

Si l'on considère les différents travaux d'où découlent les conceptions actuelles de la clinique et de la radiologie de l'ulcère duodénal, divers ordres de faits sont à considérer.

On doit retenir, du point de vue clinique, les travaux des Frères Mayo en Amérique et de Moynihan en Angleterre. Ce dernier auteur insiste sur les caractères de la douleur au cours de la journée et décrit le rythme à trois temps.

L'examen radiologique prend une importance nouvelle à la suite des travaux d'Akerlund. Cet auteur montre l'intérêt de premier plan des signes directs de l'ulcère. Il individualise, à côté de la niche des bords, depuis longtemps décrite, celle des faces. Il insiste enfin sur la valeur des renseignements fournis par la lecture des clichés radiographiques en série. Ces idées sont propagées en France par Enriquez et par Keller. Celui-ci se fait chez nous le promoteur de la radiographie en série.

Notre Maître, M. le Dr René A. Gutmann, reprenant ces idées, les précise et complète les tableaux, clinique et radiologique, de l'ulcère duodénal en y apportant un certain nombre de données nouvelles. Il étudie l'évolution de la douleur non plus dans la journée mais au cours de l'année; évolution caractérisée par le groupement des crises en périodes douloureuses séparées entre elles par des intervalles libres. Dans ses descriptions des aspects radiologiques du bulbe ulcéreux, M. Gutmann montre le rôle de

l'œdème et de la turgescence péri-ulcéreuse dans la formation des images observées. Celles-ci ne sont que l'ombre portée de la baryte accumulée dans les plis de la muqueuse boursouflée. De toutes les images, celle qui est la plus typique est la niche. Son siège correspond au siège anatomique exact de l'ulcère. Ses dimensions sont sans rapport avec l'étendue réelle de la lésion et conditionnées par l'importance des réactions inflammatoires péri-ulcéreuses; elles sont de ce fait extrêmement variables, n'atteignant parfois même pas celles d'un grain de mil. Sa situation sur les bords du bulbe, si elle a été la première décrite, est la moins fréquente et plus souvent s'observe la niche de face. Pour mettre en évidence ces images parfois minimales, M. Gutmann, reprenant les arguments en faveur de la supériorité de la radiographie en série, affirme que cette méthode est indispensable pour révéler les finesses de détail qui ne peuvent être perçues à l'écran et comparées entre elles. La technique suivie doit être rigoureuse car il n'est pas seulement nécessaire d'avoir de bonnes radiographies, il faut pour établir un diagnostic posséder des clichés *parfaits*. Enfin il faut au besoin répéter les examens, les pratiquer en période de crises douloureuses et savoir qu'ils peuvent être négatifs pendant les intervalles et après une hémorragie. M. Gutmann conclut que quand on s'adresse non à des radioscopies, mais à de parfaites radiographies en série, prises en position de choix (décubitus ventral, bulbe dégagé) et qu'on a appris à les interpréter, le diagnostic d'ulcère duo-

dénal devient si simple qu'il se fait dans la majorité des cas instantanément et avec une certitude quasi-mathématique. Ce diagnostic atteint une telle précision qu'il donne plus de renseignements sur l'emplacement de l'ulcère que l'examen extérieur chirurgical du bulbe en place, et sa sûreté est égale à celle que donne le bulbe ouvert sur la pièce ressemblée.

A l'encontre de cette conception, certains travaux parus récemment — l'article de Jacquelin et Paul Chène publié dans la *Presse Médicale* du 18 mars 1933, la revue de pathologie digestive de Carrié et Robert Paul dans le *Monde Médical* du 1^{er} au 15 mars 1934, enfin la thèse de Bronstein, Paris 1934, pour ne citer que les principaux — insistent sur le peu de netteté du syndrome clinique dans la majorité des ulcères duodénaux et la fréquence avec laquelle l'examen radiologique ne donne que des renseignements imprécis qui ne permettent pas d'affirmer le diagnostic. Les auteurs de ces travaux arrivent à considérer l'ulcère duodénal comme une affection difficile à identifier chez un grand nombre de malades.

Nous l'avons déjà signalé, c'est de la lecture de ces articles que nous est venue l'idée d'entreprendre ce travail. Nous allons maintenant exposer les réflexions que nous a suscitées l'étude clinique et radiologique d'une série de 117 ulcères duodénaux.

ÉTIOLOGIE

L'examen de nos dossiers nous a permis certaines constatations que nous signalerons au cours de cette étude.

Il ressort nettement de nos observations, la fréquence toute particulière de l'ulcère duodénal chez l'homme.

Sur 117 malades, il s'agit dans 97 cas d'hommes, et dans 20 cas seulement de femmes.

L'âge auquel les malades sont venus consulter se répartit comme suit :

Malades âgés de moins de 20 ans .	2,6 %	des cas
— — 20 à 30 ans . . .	14,8 %	—
— — 30 à 40 ans . . .	39,4 %	—
— — 40 à 50 ans . . .	25,4 %	—
— — 50 à 60 ans . . .	14 %	—
— — plus de 60 ans . .	3,5 %	—

Ces chiffres sont en accord avec les données classiques en tenant compte du fait que nos observations ont été recueillies dans un service médio-chirurgical, ouvert seulement aux adultes.

Plus intéressante est certainement l'étude de l'âge du malade à l'apparition des premières manifestations cliniques de l'ulcère :

Sur les 100 cas où ces renseignements ont pu être précisés, il s'agit :

3 fois de début à un âge inférieur à 10 ans : un de nos malades avait 3 ans, deux autres 5 ans à l'apparition des premiers symptômes.

Dans 10 % des cas, l'ulcère s'est manifesté entre 10 et 20 ans.

Dans 45 % on note un début entre 20 et 30 ans.

Dans 20 % des cas, entre 30 et 40 ans.

Puis la proportion décroît nettement :

15 % des cas se rangent entre 40 et 50 ans.

6 % de 50 à 60 ans.

Enfin, un de nos malades était âgé de 61 ans quand se sont révélés chez lui les premiers signes de l'ulcère du duodénum.

Cette statistique vient à l'appui de celles publiées antérieurement, tendant à montrer l'existence de l'ulcère duodéal chez l'enfant; on sait de même que l'apparition tardive de l'ulcère chez le vieillard n'est pas exceptionnelle et de nombreux cas en sont relatés dans la littérature.

L'étude attentive dans nos observations, des autres facteurs étiologiques ne nous a permis de tirer aucune conclusion en faveur de nombreuses théories pathogéniques de l'ulcère duodéal, actuellement en cours.

La coexistence d'infections ou d'intoxications avec l'ulcère, ne nous a pas semblé dépasser les proportions du simple jeu normal des coïncidences.

HISTOIRE CLINIQUE

La recherche des symptômes subjectifs accusés par les malades constitue un temps capital de l'examen clinique d'un ulcéreux. C'est par l'interrogatoire que l'on fera préciser l'horaire de la douleur et son mode de groupement au cours de l'année. Ces renseignements sont de la plus grande importance, et nous ne saurions trop insister sur la valeur de l'interrogatoire qui devra toujours être conduit avec soin pour essayer d'extirper de la mémoire du malade « l'histoire » de la douleur. Cet interrogatoire devra être prudent pour ne pas suggérer ses réponses au malade, enfin, il sera souvent répété afin d'avoir, par des recoupements, des renseignements plus précis. On étudiera ainsi successivement l'évolution de la douleur dans la journée, puis au cours de l'année.

En parcourant l'histoire clinique des 117 ulcères duodénaux que nous rapportons, nous avons été frappé de l'extrême fréquence avec laquelle s'observe dans sa forme typique le « syndrome ulcéreux ». Dans 91 cas, en effet, l'histoire clinique est nette et caractéristique.

Nous étudierons tout d'abord les cas typiques, puis nous passerons en revue les autres en insistant sur leurs caractères anormaux.

Le syndrome ulcéreux est, dans sa forme typique, caractérisé essentiellement par des périodes douloureuses correspondant à des poussées ulcéreuses séparées par des intervalles de santé parfaite. On a fait préciser soigneusement par l'interrogatoire chez tous nos malades, le mode d'apparition, la durée et l'évolution de ces périodes :

Dans la majorité des cas observés, la période douloureuse dure de quinze jours à trois semaines. Exceptionnellement nous avons rencontré des périodes plus courtes, de huit à dix jours; chez un de nos malades, les premières poussées ont été particulièrement courtes; de trois à quatre jours, mais ont eu par la suite une durée plus longue, de huit à dix jours. A l'opposé, nous trouvons aussi, mais rarement des périodes de deux à trois mois.

La caractéristique essentielle de ces périodes, est que pendant tout ce temps, le malade souffre chaque jour, sans exception, accusant des douleurs rythmées par les repas, à horaire plus ou moins tardif, sur lequel nous reviendrons.

Le début de la période est toujours brusque, tous nos malades sont formels sur ce point : un jour, après le repas le malade commence à souffrir, il continue à souffrir tous les jours pendant toute la durée de la période, puis les douleurs cessent aussi brusquement qu'elles sont apparues.

Alors commence une période d'accalmie — l'intervalle libre, qui peut être de quelques semaines, quelques mois, et même de quelques années — la moyenne observée chez nos malades est de trois à quatre mois, avec des exceptions allant de un mois à quatre ans. Nous citerons encore le cas d'un de nos malades où l'intervalle semble bien ne pas avoir été inférieur à trente-deux ans.

Pendant l'intervalle, le malade ne souffre pas, il semble guéri, et cette phase de bien-être persiste même le plus souvent en dehors de tout régime et de tout traitement, le malade qui avait maigri pendant la poussée reprend du poids. On comprend que cette évolution doive rendre prudent en ce qui concerne l'affirmation de la guérison de l'ulcère.

L'étude de l'évolution de ces poussées présente un tel intérêt tant au point de vue du diagnostic que de l'appréciation des résultats thérapeutiques, que notre Maître, le D^r Gutmann a préconisé une schématisation graphique de l'évolution de l'ulcère, dont nous donnons ci-après un exemple (fig. 1).

Au cours de la poussée, les douleurs surviennent par crises rythmées par les repas, séparées de ceux-ci par des heures sans douleurs, en général variables d'un malade à l'autre, mais le plus souvent tellement identiques chez le même malade que parfois il peut savoir l'heure qu'il est d'après le retour de ses douleurs.

La douleur est en général dans nos observations, de caractère tardif — la moyenne observée est de

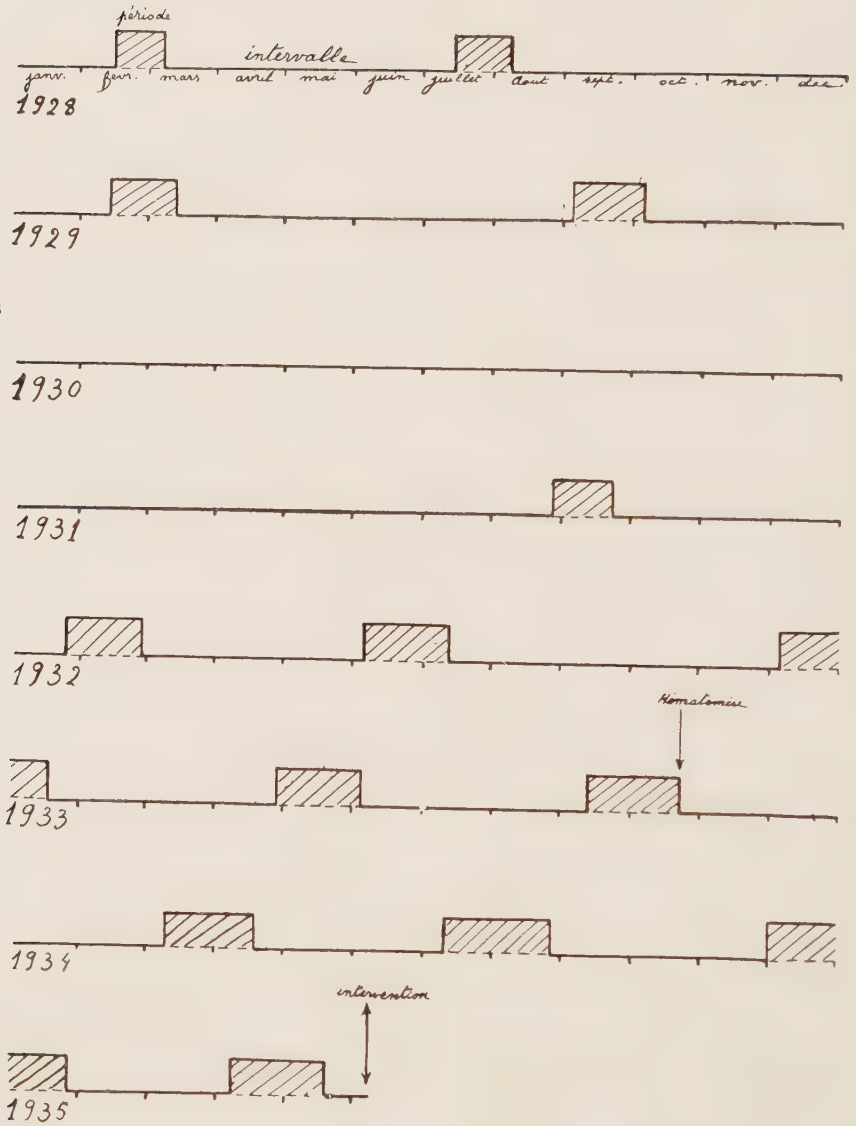


FIG. 1. — Graphique de l'évolution d'un ulcère duodénal.

quatre heures avec des variations importantes d'un malade à l'autre. Ainsi ce qui caractérise l'ulcère, c'est un ensemble : évolution de la douleur par *crises* tardives dans la journée, groupement de celles-ci pour former des *périodes* de plusieurs semaines séparées par des *intervalles* de plusieurs mois.

Ayant ainsi précisé l'évolution du syndrome ulcéreux, nous en avons recherché les caractères propres :

Chez la plupart de nos malades, les douleurs revêtent le caractère de crampes, de torsions de lourdeurs de pesanteurs. Nous avons rarement rencontré des douleurs vives à type de brûlures. Ces douleurs, en elles-mêmes, ne nous ont semblé présenter aucune caractéristique particulière, si ce n'est leur groupement au cours de la journée et dans l'année — chez peu de nos malades, nous avons rencontré le phénomène si souvent décrit de la faim douloureuse.

Les moyens employés par nos malades pour calmer leurs douleurs sont variables, la plupart d'entre eux ressentent semble-t-il un soulagement par la compression en masse de la région épigastrique ; d'autres par l'ingestion d'aliments ; d'autres encore par l'absorption d'alcalins, quelques-uns enfin ne peuvent obtenir par aucun artifice la sédation de leur douleur.

Quelques malades situent leurs douleurs dans l'hypocondre droit, accusant des irradiations dans le dos et dans la région lombaire du côté droit, d'autres se plaignent de douleurs transversales à type

colique, mais la plupart localisent leurs douleurs au lieu si souvent invoqué en pathologie digestive : le creux épigastrique.

Quant aux autres petits signes tels que : sialorrhée, pyrosis, regurgitations, nausées, ballonnements, si nous les avons rencontrés chez certains de nos malades, ils ne nous ont semblé que d'une importance toute relative pour le diagnostic, leur fréquence ne nous a pas paru dans ces cas bien différente de celle qui s'observe dans maintes autres affections digestives. L'examen physique de la région épigastrique et de l'hypocondre droit, permet très souvent en période de crises de déceler par la palpation une contracture de défense au niveau du muscle grand droit, et un point douloureux provoqué par la pression profonde d'un doigt mais ces données n'ont aucune valeur pathognomonique.

Si nous résumons donc, pour en tirer des conclusions, les résultats que nous a fournis l'examen clinique de nos malades dans le cas typique, nous voyons que nous avons pu toujours mettre en évidence le caractère évolutif — si particulier à l'ulcère — de la douleur survenant par crises groupées en périodes, séparées par des intervalles d'accalmie.

Cette périodicité est pathognomonique : elle nous a permis dans tous ces cas d'affirmer l'existence d'un ulcère. Les autres caractères du syndrome : type des douleurs, horaire tardif, siège et irradiations, nous ont paru trop inconstants pour permettre de tirer la moindre conclusion quant au siège présumé de

l'ulcère. Tout au plus peut-on dans quelques cas particulièrement nets garder une présomption en faveur du siège. En aucun cas ces signes ne sont suffisants pour conclure au diagnostic topographique de la maladie.

Dans 6 des cas que nous relatons, il s'agit de premières poussées ulcéreuses. Cette notion de premières poussées soulève un problème de diagnostic clinique délicat : il manque en effet ici, par définition, le caractère principal sur lequel nous avons insisté : poussées périodiques, séparées par des intervalles. Le diagnostic est alors souvent hésitant. Il a pu être fait chez nos 6 malades, grâce à la méthode préconisée dans le service, de la radiographie en série systématique de tous les cas de douleurs épigastriques rythmées par les repas. Il est évident que la maladie suivant son cours, le caractère évolutif des douleurs par périodes va apparaître, facilitant ainsi le diagnostic.

Nous envisagerons maintenant l'étude des formes atypiques et compliquées de nos observations.

Dans ces cas atypiques nous distinguerons trois ordres de faits :

Dans un premier groupe, se classent les cas complètement atypiques où aucune périodicité n'a pu être mise en évidence.

Dans un deuxième groupe nous rangerons tous les cas où l'histoire clinique est complexe du fait de l'association au syndrome ulcéreux de signes d'une affection concomitante.

Chez 2 de nos malades, nous n'avons pu mettre en évidence aucune périodicité dans le rythme des douleurs, nous devons mentionner que pour l'un d'eux, un étranger, l'interrogatoire était particulièrement difficile — dans 2 autres cas, l'ulcère s'est manifesté uniquement par des hémorragies.

Dans 16 de nos observations le syndrome ulcéreux était difficile à mettre en évidence étant donné la coexistence de signes d'une autre affection, néanmoins, nous avons pu dans bien des cas dégager la notion de l'évolution par périodes, de crises douloureuses tranchant par leur rythme si caractéristique sur le fond des autres manifestations douloureuses plus continues dans le temps. Le syndrome ulcéreux présentait en réalité son évolution typique, sa netteté étant masquée apparemment seulement par le fait que dans les intervalles le malade continuait à se plaindre de douleurs causées par l'affection concomitante. Mais en analysant soigneusement le caractère des douleurs, on pouvait facilement retrouver des périodes, où aux douleurs habituelles s'ajoutaient d'autres douleurs rythmées par les repas et qui elles, sont en rapport avec les poussées ulcéreuses.

Si dans nos observations les manifestations d'une bacillose ont pu parfois modifier la netteté du syndrome ulcéreux, les affections rencontrées le plus souvent sont les troubles vésiculaires.

La forme ictérique de l'ulcère du duodénum est représentée dans notre statistique par 1 cas : il s'agit d'un malade à histoire ulcéreuse typique, ayant pré-

senté, au cours d'une poussée, un ictère. L'existence de l'ictère au cours d'un ulcus soulève des problèmes de pathogénie extrêmement intéressants : s'agit-il d'un ictère à type catarrhal, d'un ictère par tuméfaction inflammatoire ou spasme du sphincter d'Oddi, ou de pancréatite soit infectieuse par voie lymphatique, soit directe par l'ulcus pénétrant, comme le soutiennent certains auteurs?

La coexistence qui a été signalée avec l'ulcère duodénal de colite, de constipation, de diarrhée, s'observe chez plusieurs de nos malades.

Ces phénomènes soulèvent aussi des problèmes en rapport avec la pathogénie : s'agit-il comme se demande Lœper d'une lésion intestinale chronique qui pourrait, par l'intermédiaire d'une bile infectée, produire une duodénite qui provoquerait l'apparition de l'ulcus, ou les signes intestinaux observés, ne sont-ils pas symptomatiques d'une appendicite chronique dont on connaît les rapports étiologiques possibles avec l'ulcus.

Avec les auteurs modernes, nous considérons comme de véritables complications les vomissements et les hémorragies.

L'examen de nos observations a mis en évidence un fait des plus importants : dans notre statistique des 117 cas observés, nous ne trouvons d'hémorragies que dans 8 cas : ces faits ont d'autant plus de valeur que nos observations concernent des malades de consultation, et que nous nous trouvons ainsi

placés dans les conditions mêmes de la pratique journalière de la gastro-entérologie :

2 fois il s'agit d'hématémèse;

3 — — de melæna;

3 — on note la coexistence d'hématémèse et de melæna. Dans deux de ces derniers cas, ainsi que nous l'avons déjà signalé, les hémorragies abondantes ont été le signe révélateur de la maladie et ont constitué toute l'histoire clinique de l'affection.

Nous mentionnons également un caractère si souvent mis en relief de l'hémorragie; une sédation de la douleur à la suite du saignement chez tous nos malades qui souffraient.

C'est donc à tort que certains auteurs et parmi eux un certain nombre de modernes s'obstinent à accorder une valeur seméiologique de premier ordre aux hémorragies digestives, les hémorragies de l'ulcus ne sont ni assez fréquentes (8 cas sur 117) ni en général assez précoces pour être admises comme un signe essentiel. Nous savons d'autre part que l'ulcus est loin d'être la cause la plus fréquente des grandes hémorragies digestives; contrairement à ce que l'on a dit classiquement, la prédominance d'hématémèses ou de melæna n'est pas un élément de discrimination entre la localisation gastrique ou duodénale de l'ulcus.

Trente-trois de nos malades ont présenté des vomissements. Plusieurs d'entre eux étaient des insuffisants hépatico-rénaux; certains cas sont frappants par l'importance des vomissements, chez ces malades présentant d'autre part des troubles hépato-

vésiculaires. Ces vomissements importants sont-ils sous la dépendance d'une insuffisance hépatico-rénale, comme le soutiennent le Noir, Richet fils et Jacquelin? Nous n'avons pu observer un assez grand nombre de cas pour appuyer cette thèse.

En résumé chez nos 117 malades, la clinique a permis dans 91 cas d'affirmer, d'une façon absolue, la présence d'un ulcère, et dans la majorité des autres cas a tout au moins permis de la soupçonner. Nous verrons que l'examen radiologique confirme le diagnostic clinique et que seul il précise le siège de la lésion : on voit donc qu'au point de vue de la clinique seule (nous étudierons plus loin les renseignements fournis par la Radiologie) sur nos 117 observations, l'examen a été :

91 fois typique, donnant une certitude absolue du diagnostic.

A côté de ces cas, nous rangerons ceux où il s'est agi :

6 fois de premières poussées ulcéreuses;

2 fois de formes hémorragiques pures de l'ulcère.

Nous ne saurions donc souscrire à l'opinion émise par certains auteurs, mettant en doute, dans la majorité des cas, la netteté du syndrome clinique de l'ulcère.

Nous étudierons maintenant les renseignements que l'on peut tirer de l'examen radiologique.

RADIOLOGIE

L'examen radiologique constitue un temps capital de l'examen d'un ulcéreux. C'est le complément indispensable de la clinique. Nous avons vu que si celle-ci nous a permis dans la majorité des cas de poser le diagnostic d'existence d'un ulcère, elle n'a pu en aucun cas nous fournir des renseignements suffisants pour préciser le siège de la lésion.

Si tous les auteurs reconnaissent l'importance de l'examen radiologique, ils sont loin d'être d'accord sur la valeur à lui attribuer. Les opinions divergent encore davantage en ce qui concerne l'importance respective de la radioscopie et de la radiographie. Nous avons été frappé en parcourant des travaux récents, par les conclusions auxquelles parviennent leurs auteurs, conclusions qui sont en contradiction formelle avec ce que nous avons observé durant notre séjour à la consultation de l'Hôtel-Dieu et avec les résultats radiologiques tirés de l'examen de nos observations.

La plupart des auteurs insistent sur la valeur de l'examen radioscopique, puis ils concluent à la difficulté du diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum.

Chez tous nos malades, la ligne de conduite suivie pour l'examen radiologique a été celle préconisée par notre Maître, M. le Dr Gutmann qui insiste sur la valeur de la radiographie, bien supérieure aux résultats que donne l'examen radioscopique. En effet, la visibilité radioscopique est limitée, les petites niches n'atteignant parfois que la dimension d'un grain de mil qui sont les plus fréquentes et parfois les seules déformations observées, passent inaperçues, de même, il est impossible d'étudier à l'écran la convergence des plis de la muqueuse, de comparer les détails, les aspects d'un bulbe à quelques minutes d'intervalle. On ne peut, non plus, distinguer une irrégularité de contour, une superposition d'ombre d'une niche, une dépression quelconque d'une encoche.

L'examen radioscopique permet sans doute de noter des signes indirects de l'ulcus du duodénum (hyperkinésie, spasme du pylore) mais nous savons combien on doit être réservé sur leur interprétation, et la fréquence avec laquelle ils sont réalisés par d'autres affections que l'ulcère.

La radiographie en série permet, au contraire de prendre des images du bulbe à des degrés d'évacuation variable. On a ainsi des clichés du bulbe plein, demi plein, s'évacuant; et il est fréquent de pouvoir noter la présence d'une niche qui serait passée inaperçue sur un bulbe en état de réplétion. Sur nos 117 cas, 98 fois les signes directs radiographiques nous ont permis de poser avec *certitude absolue* le diagnostic d'ulcère duodénal.

Ce diagnostic se base avant tout sur la présence de la niche; nous avons observé parfois les déformations classiques des bords : niche du bord, le plus souvent du bord interne, encoches, incisures, diver-



FIG. 2. — Ulcère duodénal 100 % (typique).

ticules, rétractions, bulbe en trèfle, biloculations, mais le signe que nous avons noté plus fréquemment est la présence de la niche de face qui donne une certitude absolue dans le diagnostic de l'ulcère.

Dans 19 cas, l'examen radiologique ne nous a pas fourni les mêmes précisions, soit que les déformations caractéristiques ne soient apparues qu'une fois sur une série de clichés, soit que l'on ne puisse noter sur aucun cliché les signes radiologiques que nous avons considérés comme typiques.

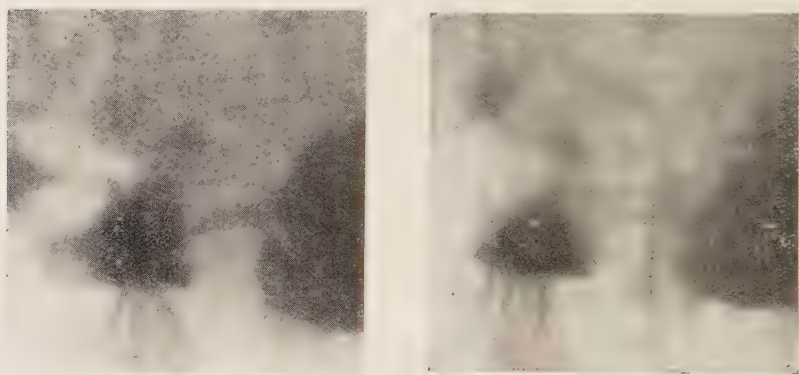


FIG. 3. — Ulcère duodénal 70 %.

Pour la commodité de la classification, M. Gutmann et nous, avons établi une cote de probabilité pour les épreuves radiographiques de chaque ulcère, c'est-à-dire que nous attribuons une valeur de 100 % aux clichés pour lesquels tout spécialiste connaissant la lecture des clichés digestifs portera sans hésitation le diagnostic, en dehors même de toute notion d'histoire clinique. Ces cas correspondent à une certitude absolue équivalant au contrôle opératoire.

Nous avons classé les autres cas en tenant compte de l'importance des renseignements qu'ils peuvent fournir : nous leur avons fixé des cotes variant de

20 à 90 %. Il reste bien entendu que ces chiffres n'ont aucune valeur absolue; ils correspondent plus à une impression diagnostique qu'à des déformations radiologiques déterminées, impossibles à schématiser.

Il reste à signaler que certaines de nos observations sont particulièrement instructives car elles



FIG. 4. — Ulcère duodénal 50 %.

montrent la nécessité de répéter les examens radiologiques et de les pratiquer en pleine période ulcéreuse; dans quelques cas en effet, les radiographies faites en période d'accalmie n'ont pas permis de déceler la présence de l'ulcère : répétées plus tard au moment d'une poussée, elles ont montré avec netteté l'image radiologique typique de l'ulcus.

Un dernier point, sur lequel nous voulons insister spécialement, c'est la nécessité d'avoir pour faire un diagnostic d'ulcère duodénal, de très bons clichés radiographiques, *des clichés parfaits*, cette qualité est capitale car un cliché médiocre n'est d'aucune utilité.

OBSERVATIONS

Numero du dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée de inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sement	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
7.207 ♂ 42 ans	40 ans	2 mois	3 à 10 mois	3 à 1 heures	0	0	typique	U. D. 100 % stenosant au genou supe- rieur.	Confirmation U. D.
7.216 ♂ 43 ans	29 ans	1 mois	6 mois	2 à 3 heures	— — tardifs	0	typique	U. D. 100 % avec gêne du transit duo- denal.	Confirmation
7.294 ♂ 40 ans	38 ans	3 mois puis 8 à 15 jours	6 mois puis 1 à 2 mois	5 à 6 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation
7.306 ♂ 32 ans	17 ans	15 jours à 1 mois puis 2 mois	2 à 3 moi	2 heures	—	0	typique	Ulcère stenosant du bulbe.	Confirmation U. D.
8.003 ♂ 33 ans	20 ans	2 à 3 mois	5 à 10 mois	2 à 3 heures	—	0	Peu typique, car en plus troubles hepato-vésicu- laire, néanmoins grosse suspicion.	En dehors d'une poussée = 0. Pendant une pous- sée, U. D. 100 %.	
8.522 ♂ 32 ans	28 ans	15 jour- à 2 mois	3 à 5 moi	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
8.739 ♂ —	—	3 semaines	3 mois	3 à 1 heures	1-4 tardifs	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
8.760 ♂ 17 ans	—	—	—	1 heure à 1 h. 1/2	0	0	aucune périodicité	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
8.801 ♂ 32 ans	21 ans	8 à 15 jours	1 à 5 moi	parfois immédia- tement parfois 2 heures après	0	0	typique	U. D. 100 % Petite niche-halo	

Número du dossier Sene Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomisse- ments	fémor- rages	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
8.810 5 56 ans	50 ans	1 mois	4 mois	2 heures	0	0	typique	U. D. 50 % Ulcus du bord sup. au bord inf. du bulbe.	
8.834 5 25 ans	23 ans	2 mois	2 à 3 mois	6 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
8.838 5 30 ans	29 ans	2 mois	6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 % Niche Hahn-d'au-dôme.	
8.839 5 23 ans	15 ans	3 mois	6 mois	2 à 3 heures	+	0	typique	U. D. 40 %	Confirmation U. D.
8.841 5 27 ans		3 semaines	1 à 6 mois	3 heures	0	0	typique	U. D. 100 % Niche, Croix de Malte.	Confirmation U. D.
8.849 5 33 ans	29 ans	3 semaines	3 à 4 mois	4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
8.852 5 38 ans	27 ans	3 à 7 moi	1 à 2 ans	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation. Ulcus calleux du bulbe.
8.893 5 54 ans	34 ans	2 mois	3 à 6 mois	2 heures	0	+ une hé- mate- mese	typique	U. D. 100 %	
8.902 5 51 ans		2 à 4 semaines	4 à 6 mois	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
8.903 5 48 ans	45 ans	3 semaines	1 an	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	

Numéro du dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
8.955 ♂ 62 ans	62 ans	3 semaines	1 ^{re} pous- sée	5 heures	0	0	Histoire atypique avec anorexie et dyspepsie du- rant depuis 8 mois. Puis pendant 3 semaines dou- leurs tardives terminées par selles diarrhéiques.	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
8.972 ♂ 34 ans	34 ans	4 mois	1 an	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
9.023 ♂ 27 ans	24 ans	2 à 3 semaines	1 à 6 mois	1 à 2 heures	0	0	typique	Intus, déformé, étroit sans aucun signe direct U. D. 30 %	Confirmation U. D.
9.049 ♀ 48 ans	30 ans	3 à 4 semaines	1 à 5 mois	Immédia- tement après les repas	0	0	typique depuis 6 mois douleurs quotidiennes, sténose?	U. D. 80 % + U de la face post. de l'o- mumac 80 %	U. D. + face ant. gas- trique + plu- sieurs petits ulcères de la face post. de l'estomac.
9.093 ♂ 60 ans	50 ans	2 semaines	6 mois	Horaire variable	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
9.107 ♂ 47 ans	47 ans	3 semaines	3 à 6 mois	3 heures	0	0	typique	U. D. 100 % Duodénum mobile	Confirmation U. D.
9.197 ♂ 34 ans	5 ans	3 mois	3 à 9 mois	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
9.231 ♂ 29 ans	19 ans	10 jours	2 à 4 mois	5 heures	0	0	Vieille histoire typique d'ulcus. Une première intervention n'a pas fait découvrir d'ul- cère. Continue à souffrir.	U. D. 100 %	Deuxième intervention Confirmation U. D.

Numéro du dossier	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémor- rages	Histoire clinique	Diagnostie radiologique	Diagnostie opératoire
9.233 ♀ 54 ans	1 ^{re} pous- sée à 22 ans, 2 ^e poussée à 54 ans	3 semaines	32 ans	2-3-4 heures	0	+ deux mélé- nas abon- dants	Histoire complexe. Coliques hépatiques et poussées à type ulcé- reux.	Péritonéite et image très suspecte, l'U. D. 80 %	
9.271 ♂ 40 ans	38 ans	15 jours	2 à 3 mois	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 % post-bulbaire	
9.325 ♂ 33 ans		15 jours	5 à 6 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 % + Ulcus pylorique pos- sible.	
9.317 ♂ 18 ans	15 ans	1 semaine	2, 3, 6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique + Signe de Murphy net	U. D. 100 %	
9.465 ♂ 49 ans	45 ans	2 semaines à 2 mois	2 ans	Au début 2 à 3 h, puis dou- leurs + longues presque continues dans la journée.	+	0	typique	U. D. 100 %	
9.529 ♂ 31 ans	27 ans	2 à 3 semaines	2 à 3 mois	2 à 3 heures	++	0	typique	Bulbe mal rempli, sans image ulcéreuse typique 50 %.	
9.551 ♂ 32 ans	23 ans	2 à 4 semaines	1 à 2 ans	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. de face, typique, vu uniquement sur un cliché de profil; U. D. 90 % Sur les autres clichés : 0.	

Numero du dossier Sexe Age	Age du malade au debut de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sement	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnoste radiologique	Diagnoste opératoire
9.563 ♂ 5				jamais de douleurs	0	+ 2 hémor- ragies à un an d'inter- valle	Histoire typique d'ulcè- re à forme hémorragique.	Radios faites 1 mois après chaque hémorragie = 0 6 mois après la dernière U. D. 100 %	
9.593 ♂ 43 ans	23 ans	3 à 4 semaines	6 à 7 mois	2 à 3 heures	++ à + 2 à 3 fois par se- maine, calant la douleur	0	typique	U. D. 100 %	
9.655 ♂ 28 ans	25 ans	4 semaines	1 an 1/2 à 3 ans	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
9.663 ♂ 45 ans	3 ans	1-2-3 mois	4, 5, 6 mois 1 an	4 heures	++	0	typique avec sténose	U. D. 100 % sténosant	
9.617 ♂ 53 ans	48 ans	1 mois	3 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
9.650 ♂ 47 ans	35 ans	2 semaines	2 à 3 mois	4 à 5 heures	0	+ 3 mo- nias	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
9.780 ♀ 49 ans	14 ans	10 à 15 jours	1 an	4 à 5 heures	0	+ 1 héma- témèse à 18 ans	typique + grosse hémie de la ligne blanche.	U. D. 70 % Niche à la base du bulbe.	
9.846 ♂ 41 ans	41 ans	2 poussées de 1 mois	6 mois	2 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	

Numéro du dossier	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
9,817 ♂ 31 ans	28 ans	3 semaines	3 à 4 mois	2 h. 1/2	0	0	typique	U. D. 50 % peu typique sur plusieurs échelles, petite niche.	
9,865 ♂ 51 ans	45 ans	4 à 6 semaines	3 à 4 mois	6 à 7 heures	0	0	typique depuis six mois douleurs continues.	U. D. 70 %	Confirmation U. D.
9,888 ♂ 41 ans	35 ans	2 à 3 semaines	4 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
9,895 ♂ 33 ans	27 ans	1 à 1 semaines	3 à 4 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
9,912 ♂ 34 ans	23 ans	2 à 3 mois	6 mois	3 à 4 heures	++	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
9,917 ♂ 61 ans	60 ans	1 ^{re} pous- sée de 2 mois, 2 ^e poussée de 5 semaines	18 mois	4 heures	+	0	typique	Radiographies faites à la 1 ^{re} poussée : 0 à la 2 ^e poussée : U. D. 100 %	
9,940 ♂ 56 ans	53 ans	—	—	D'abord 3 à 4 h. puis 1 1/2 h. à 1 h.	0	0	Histoire peu typique, ma- lade difficile à interroger. Gastrite concomitante.	U. D. 100 %	
10,014 ♂ 28 ans	21 ans	2 semaines	D'abord 6 mois puis 2 ans	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 % + image de gastrite.	
10,045 ♂ 37 ans	22 ans	—	—	4 à 5 heures	++	Héma- temèse Mé- lena	Histoire atypique avec douleurs vésiculaires.	U. D. 100 % Ulcus sténosant.	Confirmation U. D.

Numéro du dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
10,069 ♂ 36 ans	27 ans	---	—	4 à 5 heures	++ +	0	Histoire atypique pas de périodicité nette.	U. D. 100 %	Intervention d'urgence ; perforation d'U. D.
10,090 ♀ 18 ans	38 ans	3 semaines	3 à 6 mois	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
10,086 ♂ 26 ans	22 ans	2 à 4 semaines	3 à 12 mois	2 heures	0	0	Histoire complexe, au dé- but nettement ulcéreuse. Ensuite mêlée à des troubles hépato-vésicu- laire chez un ancien Σ.	U. D. 100 %	
10,089 ♂ 31 ans	24 ans	2 semaines	6 semaines	2 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
10,114 ♂ 41 ans	30 ans	3 à 4 semaines	an début 1 an ensuite 2 à 3 mois	pas d'horaire précis	++ +	0	typique	U. D. 100 %	
10,133 ♀ 32 ans	27 ans	2 à 4 semaines	2 à 3 mois	3 à 4 heures	+	0	typique	U. D. 100 %	
10,154 ♂ 34 ans	20 ans	4 semaines	3 à 4 mois	5 à 6 heures	+	0	Histoire typique 1 ^{re} intervention : 0	Lésion sténosante du py- lore avec Signes d'U. D. 100 %	Réintervention U. D. cicatrisé.
10,143 ♂ 32 ans	22 ans	2 à 4 mois	6 mois à 1 an 1 2	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 80 %	
10,199 ♂ 32 ans	28 ans	2 à 3 mois	2 à 3 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 % Incisures et déformations typiques pas de Niche.	Confirmation U. bulbaire

Numéro du dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémo- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
10.257 ♂ 41 ans		—	—	2 à 3 heures	0	0	Histoire atypique. Depuis 6 mois souffre quotidiennement avec de courts intervalles de 2 à 5 jours.	U. D. 100 %	
10.261 ♀ 23 ans	17 ans	2 à 3 mois	8 mois 1 an 1 1/2	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
10.312 ♀ 65 ans	45 ans	2 à 3 semaines	3 à 4 mois	4 à 5 heures	— +	0	typique	U. D. 100 %	
10.314 ♀ 39 ans	32 ans	2 à 4 semaines	1 an	4 à 5 heures	0	0	Histoire ulcéreuse typi- que, ictere au cours d'une poussée.	U. D. 70 %	
10.377 ♀ 51 ans	31 ans	4 à 8 semaines	6 à 10 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
10.415 ♂ 46 ans		—	—	Pas d'horaire fine	0	0	Histoire atypique, don- leurs violentes irradiant vers l'épaule, ictere avec décoloration des ma- tières.	Images suspectes d'U. D. 20 %	Confirmation U. D.
10.453 ♀ 42 ans	37 ans	8 à 10 jours	3 à 4 mois	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
10.493 ♀ 42 ans	30 ans	8 à 10 jours	3 à 4 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
10.497 ♀ 41 ans	34 ans	1 à 3 semaines	5 à 6 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 70 %	

Numéro d' dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Heure de la douleur	Vomis- sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
10,785 5 37 ans	39 ans	2 semaines	3 mois	4 heures	+	0	Histoire ulcéreuse typique mêlée à des troubles vésiculaires et colitiques	U. D. 100 %	
10,786 5 48 ans	—	—	—	—	+	0	Ancien bacillaire. Histoire atypique + troubles en rapport avec une péripéritite gauche.	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
10,539 5 34 ans	34 ans	1 ^{re} poussée de 2 mois	—	1 heures	0	0	1 ^{re} poussée ulcéreuse greffée sur une histoire ancienne de constipation et de colite.	U. D. 100 %	
10,689 5 32 ans	22 ans	2 ^e poussée de 1 semaine	1-8-12 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	1 ^{er} examen en période d'accalmie : 0. 2 ^e examen 4 ans plus tard en pleine poussée. U. D. 100 %	
10,775 5 50 ans	—	4 à 5 jours	1 mois	3 heures momentanément après les repas	0	+ modérée	Histoire atypique produisant l'ulcère.	U. D. 100 %	
10,772 5 19 ans	48 ans	2 poussées de 3 semaines	6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 % grosse déformation, image en treille classique.	
10,781 5 43 ans	27 ans	2 semaines	An début 2 mois actuellement 8 jours	2 à 3 heures parfois 4 à 5 heures	0	0	Ancien bacillaire et dysentérique. Histoire typique d'ulcères + crises douloureuses colitiques.	U. D. 100 % Niche avec grosse déformation du bulbe + duodénum mobile.	

Numéro du dossier Sexe Age	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
10.789 ♂ 36 ans	—	—	pesanteurs après les repas	—	0	+++ Héma- témèses moe- lenas	Histoire typique d'ulcère à forme hémorragique.	U. D. 100 %	
10.805 ♂ 54 ans	51 ans	2 à 3 semaines	3, 4, 6 mois	3 à 4 heures	++	0	typique 100 %	Image non typique, grosse déformation bulbaire. U. D. 90 %	
10.830 ♀ 50 ans	15 ans	8 à 10 jours	6 mois à 1 an	2 h. 1/2 à 5 heures douleur- se cal- mant 1 h. après l'in- gestion d'alimen- ts	+	0	typique	U. D. 100 % + Grosse déformation du bulbe avec sténose, Niche.	
10.832 ♂ 33 ans	28 ans	3 à 4 semaines	6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	Ex. fait en période d'acalmie : 0. Ex. fait à la fin d'une poussée : U. D. 100 %	
10.850 ♂ 37 ans	25 ans	1 mois	3-6-12 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 50 % Niche du bord sup. du bulbe peu visible. Ex. fait en période d'ac- calmie.	
10.873 ♂ 33 ans	29 ans	2 périodes de 1 mois 1/2	4 ans	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
10.882 ♂ 25 ans	29 ans	2 à 4 semaines	3 à 4 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
10.948 ♂ 25 ans	47 ans	2 semaines	1 an	2 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	

Numéro du dossier Sexe Âge	Âge du malade au début de l'affection	Durée de périodes	Durée des inter- valles	Heure de la douleur	Vomis- sements	Hémo- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
10.956 ♂ 44 ans	40 ans	2 périodes le 2 et 3 moi	4 ans	1 à 5 heures	0	0	Histoire ulcéreuse typi- que greffée sur une an- cienne histoire hépato- vésiculaire.	U. D. 100 %	
10.974 ♀ 48 ans	42 ans	1 à 2 jours, à distance 3 semaines	2 à 4 années le premier, 4 moi	3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.024 ♂ 24 ans	16 ans	2 mois	2 à 3 ans	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.025 ♂ 64 ans	59 ans	2 à 3 semaines	Au début 6 mois, actuelle- ment 2 mois	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 % + grosse déformation du bulbe.	
11.029 ♂ 47 ans	44 ans	1 à 2 semaines à 6 à 8 jours par poussées 3 mois	2-3-6 semaines	1 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.055 ♂ 35 ans	35 ans	3 à 4 semaines	2-3-6 12 m. 1/2 d'inter- valle	4 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.057 ♂ 32 ans	29 ans	2 à 3 semaines	3 mois	1 à 5 heures	++	0	typique	U. D. 100 %	
11.189 ♀ 34 ans	31 ans	2 à 3 mois	6 à 8 moi	2 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	

Numéro du dossier	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
11.210 ♂ 56 ans	46 ans	3 à 4 jours puis 8 à 10 jours	4 à 6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D. + Duodénum mobile.
11.214 ♂ 35 ans	29 ans	4 à 5 semaines	3-4-6 mois	3 à 1 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.218 ♂ 31 ans	23 ans	3 à 1 semaines	2 à 3 mois	1 à 2 heures	0	0	typique	U. D. 90 %	
11.251 ♂ 55 ans	51 ans	2 semaine	3 à 6 mois	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.255 ♂ 46 ans	26 ans	4 semaines	3 à 6 mois parfois 1 ou 2 ans	4 à 5 heures	+	0	Histoire ulcéreuse typique, mais avec digestions pénibles dans les périodes d'accalmie.	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
11.291 ♂ 43 ans	42 ans	1 mois	2 périodes et d'in- tervalle	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.292 ♂ 29 ans	19 ans	1 à 2 mois	3 à 4 mois	2 à 3 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.340 ♂ 25 ans	23 ans	8 à 15 jours	8 à 15 jours au début 1 mois parfois 8 mois actuelle- ment 2 à 3 jours	1 h. 1/2 à 2 heures	++	0	Histoire complexe à allure ulcéreuse chez un malade avec ictère et S. de Murphy.	U. D. 100 %	
11.349 ♂ 30 ans	22 ans	au début 1 mois actuelle- ment 2 à 3 jours	1 1/2 heure	1/2 heure	+	0	Histoire atypique probablement ulcéreuse chez un hépato-vésiculaire.	U. D. 90 %	

Numéro du dossier Sexe Age	Âge du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Horaire de la douleur	Vomis- sements	Hémo- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
11.354 ♂ 31 ans	31 ans	Souffre depuis 2 mois	—	1 à 2 heures	0	0	Probablement 1 ^{re} poussée ulcéreuse	U. D. 100 %	
11.408 ♂ 43 ans	38 ans	4 à 6 jours	4 à 6 mois	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.420 ♂ 40 ans	30 ans	3 mois	6 mois	3 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.421 ♂ 32 ans		3 semaines	3 mois	3 à 5 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
11.444 ♂ 32 ans	32 ans	A souffert pour la 1 ^{re} fois pendant 15 jours	Ne souffre plus depuis 2 jours	4 à 5 heures	0	0	Probablement 1 ^{re} poussée ulcéreuse.	U. D. 100 %	
11.479 ♂ 30 ans	30 ans	Souffre depuis 3 mois 1/2		3 à 4 heures	++	0	Probablement 1 ^{re} poussée ulcéreuse.	U. D. sténosant 100 %	
11.480 ♂ 29 ans	28 ans	2 périodes de 1 mois	1 inter- valle de 1 mois	4-6 heures	—	0	Histoire typique d'ulcus recent, 2 ^e poussée.	U. D. 100 % grosse déformation du bulbe.	
11.530 ♂ 35 ans		2-3-6 semaines	1 à 3 ans	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.531 ♂ 41 ans	24 ans	2 ^a 3 semaines	2 à 3 moi	3 à 4 heures	0	0	typique	U. D. 100 %	

Numéro du dossier Sexe Âge	Age du malade au début de l'affection	Durée des périodes	Durée des inter- valles	Heure de la douleur	Vomis- sement	Hémor- ragies	Histoire clinique	Diagnostic radiologique	Diagnostic opératoire
11.511 ♂ 37 ans	31 ans	2 semaines à 2 mois	2 mois à 2 ans	2 heures à 2 h. 1/2	+	0	typique	U. D. 100 %	
11.558 ♂ 36 ans	16 ans	1 à 2 semaines	6-8-12 mois	2 à 3 heures	+	0	typique	U. D. 100 %	
11.637 ♂ 27 ans	27 ans	Souffre depuis 2 mois 1/2	—	4 à 5 heures	0	0	1 ^{re} poussée ulcéreuse chez un hépato-vésiculaire ancien.	U. D. 100 %	Confirmation U. D.
11.642 ♂ 58 ans	48 ans	1 à 2 mois	2 à 3 mois	1/2 heure à 1 heure	0	0	typique	U. D. 100 %	
11.667 ♂ 35 ans	27 ans	3 mois au début, depuis 6 mois souffre continuel- lement	6 mois à 2-3 ans	5 heures	0	0	typique	U. D. 100 % sténosant.	Confirmation U. D.
11.765 ♂ 49 ans	36 ans	5 à 6 jours dernière 2 mois	1-4-6 mois	1/2 heure à 3 heures	+	0	typique	Gros ulcus oedémateux du bulbe à opérer. U. D. 100 %	
11.809 ♂ 32 ans	25 ans	15 jours à 3 mois	3 à 6 mois	3 heures	+	0	typique	U. D. 100 % sténosant.	

CONCLUSIONS

I. — Les progrès de la clinique et de la radiologie ont précisé la physionomie de l'ulcère duodénal et rendu son diagnostic facile. Pourtant un certain nombre d'auteurs ont, dans ces dernières années, prétendu que les caractères ainsi dégagés étaient plus théoriques que réels et que, dans la pratique, le diagnostic clinique et radiographique de l'ulcère duodénal restait difficile et imprécis. L'étude à laquelle nous nous sommes livré n'a pas confirmé cette opinion.

II. — Nous avons étudié les derniers dossiers de la consultation de gastro-entérologie de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Nous avons éliminé ceux concernant des malades soit assez peu atteints, pour qu'on ait même jugé inutile de faire des radiographies, soit atteints d'affections intestinales ou œsophagiennes. Il nous est resté 675 dossiers concernant des malades atteints d'affections épigastriques, dossiers complets comprenant observations, radiographies en série souvent répétées, analyses, etc... Sur ces 675 dossiers, nous avons trouvé 207 ulcères dont 117 du bulbe duodénal, 59 de l'estomac, 20 du

canal pylorique (variété actuellement bien précisée) et 11 de localisation non précisée. Nous ne retiendrons ici que les ulcus duodénaux.

III. — Dans ces 117 observations, l'histoire clinique a été :

Absolument typique dans 97 cas (périodicité dans l'année et intervalles nets, douleurs tardives classiques);

6 fois il s'est agi de premières poussées ulcéreuses typiques (où par conséquent le caractère évolutif ne pouvait encore exister mais où les radiographies ont fait le diagnostic);

2 fois, il s'est agi de formes caractérisées uniquement par des melænas à répétition, authentifiées par les clichés.

Par conséquent, sur 117 ulcus, l'histoire a été absolument typique 97 fois et typique mais spéciale 8 fois, 12 fois seulement elle était atypique, soit qu'il n'y eût aucune périodicité, soit qu'il y eût une autre maladie (vésiculaire par exemple) dont les signes interféraient avec ceux de l'ulcère.

IV. — Les clichés en série ont été :

Typiques dans 98 cas montrant les signes directs absolus de l'ulcère duodénal;

Moins typiques dans 19 cas, encore avons-nous pu tirer de ces clichés une forte présomption en faveur de l'ulcus; présomption dont nous avons voulu,

pour la commodité de l'étude, fixer par une cote, de façon arbitraire, les degrés de probabilité :

16 cas ont pu être cotés comme donnant 50 % de probabilité et au-dessus;

3 cas seulement ont reçu une cote inférieure à 50 %.

V. — En combinant la clinique et la radiologie, nous constatons que, sur 117 cas :

81 fois, les examens cliniques et radiologiques ont été l'un et l'autre typiques, donnant une certitude absolue quant à l'existence et au siège de l'ulcère;

17 fois, l'examen radiographique typique chez des malades présentant une histoire clinique atypique, a permis un diagnostic qui, au point de vue de la certitude, est égale à celle des cas précédents.

Donc, sur 117 cas, le diagnostic d'ulcère duodéal a pu être porté :

98 fois avec une certitude mathématique;

16 fois, l'histoire clinique typique et l'examen radiologique atypique ont permis de n'affirmer l'existence de l'ulcère qu'avec une forte probabilité quant à son siège duodéal;

3 fois seulement, enfin, l'histoire clinique et l'examen radiologique atypiques n'ont permis que de suspecter un ulcère chez des malades qui restent à surveiller.

VI. — En conséquence et contrairement à un certain nombre de travaux récemment parus, nous pen-

sons que dans l'immense majorité des cas une étude correcte clinique et des radiographies en série techniquement parfaites permettent de poser le diagnostic d'ulcère du duodénum avec une certitude absolue.

Vu : le Doyen,

ROUSSY

Vu : le Président de thèse,

GOSSET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- AKERLUND AKE. — Étude Radiologique sur le bulbe duodénal. *Acta Radiologica*, supplém. I, Stockholm, 1921-1927.
- ALLOIDI (A.). — Le comportement de l'hypersécrétion et de l'hyperchlorhydrie dans les ulcères gastriques et duodénaux et leur signification clinique et diagnostique. *Archives per. le scienze Méd.*, t. LIV, juillet 1930.
- ANGEL (L. F.). — Anomalias en la sintomatologia de la ulcera gastro-duodenal. *Répert. de méd. y cir.* 20, 227-232, mai 1929.
- AUSTIN. — Diagnostic de l'ulcère duodénal, New-York. *Med. Journ.*, 18 novembre 1916. In *Presse médicale*, 1917, p. 397.
- BAGGIO GINO. — Su un malato al quale era stata già diagnosticata un' ulcera duodenale. *Le Forze Sanitarie*, p. 2481, 1933.
- BARKER. — Differential diagnosis between duodenal ulcer appendicitis and disease of the gall-bladder. *Détroit M. J.*, 1920, p. 434, 438.
- BERNARD (Raymond). — Ulcères duodénaux invisibles à l'opération. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de nutr.*, novembre 1932, t. XXII, p. 996.
- BERNARD (A.). — Notions récentes sur le diagnostic de l'ulcus duodénal. *J. Sc. médicales de Lille*, 4, XII, 1922.
- BICHAT (H.) (de Lunéville). — Ulcère perforé du duodénum. *Revue méd. de l'Est*, 1^{er} novembre 1910.
- BIZARD (G.) et LAMBRET (N.). — Ulcère double du duodénum

- L'Echo médic. du Nord*, p. 379, communication faite à la société de médecine du Nord, séance de juin 1930.
- BLECHMANN (G.), GUTMANN (R. A.) et NEMOURS (Auguste). — Ulcère du pylore chez un nourrisson de 8 mois. *Le Nourrisson*, janvier 1932.
- BONE (H. C.), RAY. — Signs of gastric and duodénal, ulcère I. Iwa. *Méd. soc.*, 22, 13-16, janvier 1932.
- BARLAND. — A case of infantile acute eczema: haematemesis, duodenal ulcer, death., vol., II, *Lancet*, 17 octobre 1903.
- BORREY (Francis). — Le diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum. *Thèse Paris*, 1930.
- BRONSTEIN (Isaac). — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Paris*, 1934.
- BUCQUOY. — Ulcère duodénal. *Archives générales de médecine*, vol. I, 7^e série, avril, mai-juin, 1887).
- CADE (A.) et RAVAUULT (P.). — Des rapports de l'ulcus gastro-duodénal avec la tuberculose. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, p. 586, 1924.
- CAIN (A.) et FACQUET. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez le vieillard. *La Pratique médicale française*, janvier 1934.
- CAMUS (Louis) et LEVASSOR. — Le tubage duodénal rapide sous contrôle radiologique. *Presse médicale*, 12 juillet 1933, n° 55, p. 1117.
- CARRANZA, JULIO ZILVETTI. — Sintomatologia y diagnostico de la ulcera gastro-duodenal. *La medicina Argentina*, février 1931.
- CARMANN. — Diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum. *Mayo clinico*, t. VII, p. 220.
- CARNOT (P.), HARVIER (P.), MATHIEU (P.). — Les ulcères digestifs, Baillière, 1922.
- CARNOT (Paul). — Les maladies digestives familiales, 1^{er} avril 1933.

- CARRIÉ (P. A.), ROBERT (Paul). — La pathologie digestive. *Le Monde médical*, 1^{er}-15 mars 1934.
- CASOLO (Giovanni). — L'ulcera duodenale. *L'Ospedale Maggiore de Milano*, 30 novembre 1925.
- CASTAIGNE. — L'ulcère duodénal à forme hémorragique. *La Clinique*, 13 juin 1913.
- CHAUFFARD (A.). — L'ulcère pyloro-duodénal. *Le Bulletin médical*, 7 février 1914.
- CHYRAY (M.) et AMY (P.). — De quelques hémorragies gastro-duodénales mal connues. *Presse médicale*, 9 juillet 1930, n° 55.
- CLARK, GEYMAN, ROENGEN. — Roentgendiagnostic de la guérison de l'ulcère duod. *The journal of the Am. Méd. Ass.*, t. c. II, n° 2, 13 janvier 1934.
- COLE. — Diagnose des ulcus duod. mit hilfe der Serien Roentgengraphie. 17, *Inter. Kongr. F. Innere med.*, London, 1913; in *Lancet*, 1914, p. 1239.
- COLLIN (Henri). — Étude sur l'ulcère simple du duodénum. *Thèse de Paris*, 1894.
- DELORT (Maurice). — Dix diagnostics exacts et dix diag. inexacts à propos d'ulcères de l'estomac et du duod. *Archives hospitalières*, mai 1933, p. 145.
- DEMOLE (Michel J.). — Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses. *Thèse de Paris*, 1931.
- D'HALLUIN (Maurice). — Ulcère du duodénum et radiographie en série. *Soc. de Méd. et de climatologie de Nice*, 48^e ann., n° 2, mars, avril 1927, p. 24
- DIAS (H. S.) et MACIELD (P.). — Sintomas clinicos e expressao radiologica da ulcéra duodenal. *Rev. Radiol. clin.*, I, 143-158, février 1932.
- DICKSON (W. H.). — Duod. ulcer. : The radiological aspect. *The Canadian Med. Assoc. journal*, n° 9 sept. 1926, Toronto.
- DIMITRIU (C. C.), SCHWARTZ (L.), UNGUREANU (H.). — L'importance du chimisme gastrique dans le diagnostic

des ulcères gastriques et duodénaux. *Bull. et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, n° 6, juin 1934.

DUBOS. — Les hémorragies gastro-duodénales sans ulcérations. *Thèse Paris*, 1928.

DUCASTAING. — Ulcus perforé de la deuxième portion du duodénum. *Bulletin et Mémoires soc. de chirurgie de Paris*, 21 décembre 1932.

DUMONT. — A propos des signes radiologiques de l'ulcère duod. Soc. Cl. des hôp. de Bruxelles, *Bruxelles Médical*, n° 15, 11 février 1934.

DUMONT (A.). — A propos des signes radiologiques de l'ulc. duod. *Le Scalpel*, n° 1, 10 mars 1934.

DUVAL, ROUX. — Discussion sur les hémorragies du tube digestif, *Archives m. Dig.*, 1924.

ELYASHER (A. I.). — Pyloro duodenal reflex and its significance in pathology of stomach and duodenum. *Klin. med.*, nos 15, 16, II, 758-762, 1933.

ENRIQUEZ et DURAND (Gaston). — Éléments de diagnostic entre l'ulc. de l'estomac et l'ulc. du duodénum. *XVI^e Congrès français de médecine*, Paris, 1922, p. 1.

— et KELLER. — Diagnostic des affections du carrefour sous-hépatique par la méthode des radiographies en série. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, séance 23 juin 1922, p. 1116.

— (Ed.) et CARRIE (P. A.). — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno pylorique. *Le Journal méd. français*, janvier 1923, t. XII, n° 1.

— et DURAND (Gaston). — Schémas cliniques des formes topographiques de l'ulcère digestif. *L'Hôpital*, janvier 1924.

— Les ulcères de l'estomac et du duod.; diagnostic clin. radioscopique et radiographique. Collection Médecine et chirurgie pratique, Masson C^{ie} édit.

- EUSTERMAN. — Ulcère duod. simulant le tableau clinique de la crise gastri. du tabès. *South. Méd. Jul.*, 1925, n° 18.
- FAROY (G.). — La pathogénie des ulcus gastriques duodénaux et jéjunaux. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, vol. III, 1932, p. 117.
- FINCH (O.), EDWIN. — The diagnosis of peptic ulcer of stomach and duod. *Virginia Med. Monthly*, n° 921, march. 1929, p. 887.
- FINNG (C. E.). — Ulcère duodénal perforé chez un enfant. *Proc. of the Roy Soc. of Méd.*, 1908, II, p. 67.
- FOA. — Signes radiologiques et constatations opr. des stades de développement de l'ulcère duodénal. *Bulletin et memoire de la Soc. piemontaise de chirurgie de Turin*, n° 4, 25 février 1933.
- FRANÇOIS (Abel-Jean). — Les Hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum. *Thèse de Bordeaux*, 1927.
- GANDY (Maurice). — Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Étude clinique et résultats des interventions pratiquées d'urgence. *Thèse à Paris*, 1934.
- GERLACH et ERKER. — Radiologie des ulcères duod. *Deuts. Zeits. f. chir.*, t. CXXXVI, 1916, p. 410.
- GOSSET (A.) et LÆWY (Georges). — Ulcères de la petite courbure. *Presse médicale*, 19 juin 1929.
- Estomac biloculaire par ulcère. *Presse médicale*, 8 février 1933, p. 209.
- GOSSET (A.). — Précis de pathologie chirurgicale. Masson éd.
- GROEDEL. — Roentgensymptomatologie des ulcus duod. *Mitt. a. d. Grenzgeu d. med. M. chir.*, Bd. XXXIV, S. 145, 1921.
- GUENAUx et VASSELLE. — Le radiognostic de l'ulcère duod. *Paris Méd.*, 1^{er} avril 1922, p. 284.
- GUTMANN (R. A.). — La part des troubles végétatifs dans les maladies du tube digestif. *L'Hôpital*, février 1924.
- Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée

pour le diagnostic. *Presse Médicale*, 19 décembre 1925.

- GUTMANN (René A.) et JAHIEL (Richard).— Diagnostic radiologique de l'ulcère duod. de face. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. XIX, n° 2, février 1929.
- Les gastrites et les duodénites chroniques hémorragiques. *Bulletin médical*, n° 2, 27 mai 1929, p. 43, 589-593.
- « Le syndrome ulcéreux » et ses formes cliniques. *Concours médical*, n° 14, 7 avril 1929.
- A propos de la signification radiologique des ulcères duodénaux « de face ». *Bulletins et mémoires de Soc. de radiologie médicale de France*, juin 1929.
- Les syndromes douloureux de la région épigastrique. *Le Concours médical*, 52^e année, n° 3, 19 janvier 1930, p. 171-175.
- Indications respectives de la radioscopie et de la radiographie dans les maladies du tube digestif. *La Presse médicale*, n° 13, 14 février 1931.
- Valeur diagnostique de la douleur en gastro-entérologie. *La semaine des hôpitaux de Paris*, 31 mars, n° 6, 7^e année, p. 178.
- L'ulcère duodénal. *Monde médical*, n° 793, 1^{er} juillet 1931.
- A propos de l'ulcère duodénal de face. *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Radio-méd. de France*, n° 182, octobre 1931, p. 368.
- Ulcère duodénal ou ulcère duodéno-pylorique. *Notes pratiques d'actualité médicale*, n° 110, décembre 1931.
- Variations radiologiques du bulbe duodénal. *Bull. et Mém. Soc. Rad. méd. de France*, 20, 54-57, février 1932.
- Le bulbe duodénal ulcéreux. Significations et valeur de ses déformations. *Presse médicale*, n° 34, 27 avril 1932.
- et DEMOLE (Michel J.). — Sur l'origine des hématémèses. *Soc. Méd. des hôpit.*, Paris, 29 avril 1932.

- GUTMANN (René A.). — Sur la visibilité des ulcères duodénaux. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiologie med. de France*, n° 190, juin 1932.
- Les divers aspects du bulbe ulcéreux. *Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. de med. de France*, juin 1932.
 - Signification des aspects radiologiques de l'ulcère duod. *Bull. et Mém. Soc. de méd. des hôpitaux de Paris*, 48, p. 275-278, 1932.
 - Évolution radiologique de l'ulcère duodénal. *Presse méd.*, 3 déc. 1932, p. 1822.
 - Les syndromes douloureux de la région épigastrique Gaston Doin et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1934.
 - et VOULPIOTIS (Georges). — Considérations sur les facilités et les difficultés du diagnostic des ulcères (*sous presse*).
- HAGGARD (William D.). — Differential diagnosis between gastric and duodénal ulcer and allstones. *The journal of the American Med. Ass. Chicago Illinois*, vol. 88, n° 14, april 2, 1927.
- HAUDECK. — Der radiologische Nachweis des ulcus duodeni. *Med. Klin.*, 1912, n° 5 à 6.
- Die Roengenbefunde bei ulcus duodeni und ihre Verwendbarkeit für d. chirurgen. *Verhandlungen mgen der Deutsch. Ges. F. chir.* 42 Kongress 1/73 B Kl. W., n° 32-44, 1914.
- HESS, FALTITSCHKE. — Recherches cliniques sur l'ulcère rond de l'estomac et du duod. *Wiener klinische Wochenschrift*, n° 45, 10-11-33.
- HINTON FRANKEL. — Les recherches du laboratoire dans l'ulcère de l'estomac et du dodénum. *The American Jofsurg*, XVI, n° 4, juillet 1932.
- HOLLANDER. — The diagnosis of gastro duodénal ulcération by blood stains produced by Osmosis on special Gastric and duodenal tubes. *Med. journal and record July*, 1928, p. 351.

- HOUDART (Louis). — L'ulcère simple du duod (non perforé). *Thèse de Paris*, 1913.
- INFELD. — Sur le cas le plus jeune connu d'ulcère duod. perforé. *Deut. Zeitsch. F. chir.*, 1911, p. 4.
- IRVING GRAY. — Aids in the diagnosis of gastro-duod. ulcer. *Long-Island Med. journal*, février 1928, p. 97.
- JACQUELIN (Charles) et CHÈNE (Paul). — Difficultés et incertitudes du diagnostic d'ulcère duodénal. *Presse méd.*, 18 mars 1933.
- JAHIEL (Richard). — Étude sur le rythme des douleurs épi-gastriques. *Thèse de Paris*, 1927.
- JAISSON. — Études radiologiques de l'ulcère du duod. après les récentes publications américaines. *Revue méd. de l'Est*, t. XLVIII, 15 avril 1920.
- KELLER. — Radiographie de calculs de la vésicule avec spasme du duodénum. *Bull. de la Société de radiologie médicale de France*, mai 1922, p. 127-128.
- KENNEDY. — Ulcère duodénal dans les melœnas des nouveau-nés. *Ann. of dis of the children*, mai 1926, p. 603.
- KERGOHEN. — Principes du diagnostic radiologique des ulcères du duod. d'après l'observation des procédés d'outre-Rhin. *Archives d'Electricité méd. et de physiothérapie*, avril 1922, p. 99 et 119, 24 frg.
- KREUZFUCHS. — Rontgenbeobachtungen beim ulcus duodeni *Wien klin Woch.*, 1912, n° 11, S. 411.
- KUTTNER (L.). — Sur la survenue de l'ulcère duodénal dans les dix premières années. *Berl. K. L. Woch.*, 9 novembre 1908, p. 2009.
- KUTTNER (M.). — Ulcère du duodénum. *La Presse méd.*, 15 mai 1913.
- LAQUERRIÈRE (A.). — A propos du diagnostic radiologique de l'ulcère duod. (les cahiers de gastro-entérologie supp. n° 3 de la *Gazette méd. de France et des pays de langue française*, 1^{er} juin 1932.

- LEB (M. A.). — Défaut de remplissage cholécystographique de la vésicule biliaire dans l'ulcus duod. *III^e Congrès inter. de radiogr.*, Paris, 26-31 juillet 31.
- LEDOUX-LEBARD (D.) et CALDRERON GARCIA. — Radio-diagnostic du duod. et ses causes d'erreurs. *Presse méd.*, n^o 97, 3 décembre 1932, LVI^e congrès de l'ass. française pour l'avancement des sciences, sect. d'électroradiologie, Bruxelles, 25-30 juillet.
- LEOTTA (Nicola). — La diagnosi completa dell'ulcera duodenale. *La Riforma medica Napoli*, 6 Febbraio 1932.
- LERICHE (René) et JUNG. — Ulcère gastrique avec niche chez un syphilitique. *Gazette des Hôpitaux*, n^o 53, 2 juillet 1930, p. 960.
- LERICHE (René). — Réflexions sur l'évolution, la nature et le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Presse méd.*, 5 août 1933, p. 1233.
- Réflexions sur le traitement des ulcères de l'estomac et du duod. *Presse méd.*, 23 août 1933, p. 1313.
- LIPSCHUTZ (E. W.). — Corroborative value of improved gastro duod. braid; comparative study of 100 cases. *Am. J. M. Sc.*, 186 : 79, 83, july, 1933.
- LOEPER. — Le passé intestinal des ulcéreux. *Leçons de pathologie digestive*, 4^e série, p. 151, Masson et C^{ie}, année 1919.
- LOSSEN et SCHNEIDER. — Contributo alla conoscenza dell'ulcera duod. profonda. *Archives F. Klin. chir.*, vol. 137, F. 11, p. 446.
- MAC COY. — Duodenal ulcer unusual radiological appearances. *The Med. jour. of australia*, n^o 18, may 4, 1929, p. 593.
- MANONG (S.). — Le diagnostic de l'ulcus gastro-duod. et le rythme de la douleur tardive dans le temps. *Thèse de Paris*, 1928.
- MARQUES (P.) et MOREAU (L.). — Le radiodiagnostic de l'ulcus duod. *Marseille méd.*, n^o 23, 17 août 1934.

- MEUNIER (Léon). — Ulcus gastro-duodénal. Période d'acalmie. *La Presse méd.*, 11 août 1928, p. 1020.
- MONÈS GALLART. — Ulcus duod. de forma icterica. *Mundo Medico*, 1930, n° 132.
- MONTENEGRO (B.), NOGUEIRA (P.). — Toxicose par ulcera cronica estenosante do duodeno. *Annaes Paulistas de Medecina e cirurgia*, juillet 1932.
- MORAN (J. G.). — Nota clinica a proposito de un caso de ulcera duod. con sintomatologia atipica. *Arch. de enfermedades del aparato digestivo*, février, 1933.
- MORICHAN, BEAUCHANT. — L'ulcus gastrique et duod. *Archives médico-chirur. de Province*, novembre 1922.
- MOUTIER (François) et MANIGOT (Georges). — Diagnostic de l'ulcus duodénal. Étude critique. *Le journal médical français*, janvier 1923, t. XII, n° 1.
- MOUTIER. — La perforation des ulcères gastro-duod. *Arch. des maladies de l'app. digestif*, 1924, p. 704.
- Les énigmes de l'ulcère gastro-duodénal. *Rev. méd. française*, mars 1932.
- MOYNIHAM, OF LEEDS. — Observations on gastric and duod. ulcers. *The practitioner special Number on Common aliments*, juillet 1932, vol. CXXIX, p. 4-171.
- Pronostico de la ulcera gastrica y duod. *British méd. journ.*, 2 de enero de 1932.
- NEMOURS (Auguste). — Étude radiologique de l'ulcère du duod. Présentation des clichés. *Bull. mensuel de la soc. méd. des Praticiens*, n° 8, août 1931, p. 266.
- ÖETINGER. — Ulcère du duod. et cholélithiase. *Paris Médical*, n° 27, 7 juin 1913.
- OLIVET. — Acide chlorhydrique et éther pour le diagnostic de l'ulcère gastrique et duodénal. *Münch. Méd. Woch.*, 13 mai 1927, p. 801.
- PALMER (W. L.). — Le test acide dans l'ulcère gastrique ou duod. *Journ. of the ann. méd. Ass.*, 4 juin 1927, p. 1778.

- PANNER (H. J.). — L'examen radiologique de l'ulcère duod. *Acta radiologica*, vol. 1, Stockholm, 1921-1922.
- PARTURIER (G.) et VASSELLE (P.). — Recherche sur la zone d'exploration clinique du duod. *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 mars 1921, p. 305.
- Quelques remarques sur l'anatomie du duod. *Le Journ. méd. français*, janvier 1923, t. XII, n° 1.
- PAUCHET (Victor). — Ulcus duod. Imminence d'hémorragie et de perforation aiguë. *Paris chirurg.*, t. XIV, p. 342, 1922.
- Ulcus duodénaux hémorragiques. *Presse méd.*, n° 25, 27 mars 1926.
- PECO (G.). — Valor del interrogario en el diagnostico de los ulceros gastro-duod. *Semana Med.*, I, 137-152, 16 janvier 1930.
- POLACCO (E.). — Dolore, acidita e secrezione digestiva negli ulcerosi gastro-duo. *Minerva med.*, S. 263, 11 février 1928.
- QUENA. — Exclusion du pylore pour hémorragie aiguë, due à un ulcère du duod., guérison. *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 1910.
- RACHET (Jean M.). — Les ulcères gastro-duod. A propos de quelques travaux récents. *Revue de méd.*, n° 20, 1930, p. 886.
- RAHARIJAONA (J.). — Contribution à l'Étude du rôle de la clinique et de la radiologie dans le diagnostic de l'ulcus duod. *Thèse de Paris*, 1924.
- RAMOND (Félix). — Les maladies de l'estomac et du duod. Paris, Masson, 1927.
- RAMOND (Louis). — L'ulcère simple du duod. *Conf. de cl. méd. prat.*, 1^{re} série, Vigot frères, Paris 1923.
- Ulcère duodéno-pylorique, syphilitique. *Presse méd.*, n° 97, 3 décembre 1932, p. 1829.
- RENAUD (M. M.). — Étiologie des hématémèses. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, mars 1933.

- RICARD (M.) et PAUCHET (Victor). — L'ulcère duodénal. *XXIII^e Congrès de chirurg.*, Paris, 5 octobre 1910.
- ROURNEAUX (G.). — A propos du diagnostic radiologique de l'ulcus duod. de « face ». *Bull. et Mémoires de la Soc. de radiologie médic. de France*, n^o 194, décembre 1932.
- ROOF (G. S.). — Differential diagnosis of gastric ulcer duod. ulcer, and cancer of estomac as found in study of 337 hospital cases. *J. Méd.*, 15, 499-512, décembre 1934.
- ROSHAM (M. A.). — De l'intervention dans l'ulcère hémorragique de l'estomac et du duod. *Thèse de Lyon*, 1913.
- SALOTTI (A.). — Ancora a proposito della diagnosis radiologica dell'ulcera duod. *Minerva Med.*, 2, 684, 10 nov. 1930.
- SALAZ (C.), CRAMER (A.) et MOPPERT (G. G.). — Éléments de diagnostic des ulcères de l'estomac et du duod. *XVI^e Congrès franç. de Méd.*, Paris, 1922, p. 83.
- SALAZ (C.), MOPPERT (G. G.). — Ulcères orificiels et ulcères extra-orificiels; essai de classification clinique des ulcères de l'estomac et du duod. *Le Journ. méd. franç.*, janvier 1923, t. XII, n^o 1.
- SANGUINETTI, BLASKLEY (I.), ZURINO (L.). — Hématemesis como único sintoma de un ulcus evolution gastrico o duodénal. *Archiv. Argentinos de Aparatos, digestivos y nutrición* Núm, 4 Abril-mayo, de 1930.
- SAVIGNAC (Roger). — Le rythme dans le temps des douleurs tardives et le diagnostic de l'ulcus gastro-duod. *Paris Méd.*, 12 janvier 1924.
- SARMIENTO LESSIEUR RICARDO. — Fisiologia dela secrecion gastrica en sus relaciones con la etiopatogenia de los ulceros gastro-duodenales y de su terapeutica quirurgica. *El Dia Medico*, 7^e année.
- SCHLESINGER. — Le diagnostic radiologique de l'ulcus du duodénum. *Deutsch. Med. Woch.*, 4 juin 1914.

- STRAUSS. — Das duod. ulcus und seine feststellbarkeit durch röntgens Frahlen. *Fortsch. Bd.* XIX, H. 6, New-York, ann of surg. vol. XXV, mai 1922, n° 5, p. 513.
- THOMPSON (J. W.), ABEL (O. Jr.). — Reflex spasm of stomach and duodenum caused by disease of appendix. *Ann. J. Surg.*, 17, 74-78, july 1932.
- TIXIER (L.) et CLOVEL (Charles). — Les grandes hémorragies gastro-duod. Masson, édit., 1933.
- TIPREZ et DUMONT (Y.). — Deux nouveaux cas d'ictère dans l'ulcus duod. *L'Echo méd. du nord*, p. 428, communication faite à la Soc. de Méd. du Nord, séance de juin 1930.
- TORDAY (F. V.). — Ulcère duodénal chez les nourrissons. *Jahrl. F. Kurdiskl*, 1906.
- VIGNAL (W.). — Diagnostic radiologique de l'ulcère duod. *L'Union méd. du Canada*, t. LXI, n° 5, mai 1932.
- UDANDO (G. B.), CASTEIGTS (MM.), GONALONS (G. P.). — Les crises solaires tabétiiformes dans les ulcères gastro-duod. *Revue de Méd.*, t. XLVII, n° 9, novembre 1930.
- WEILL et GERDIVE. — Ulcère duodénal chez un enfant d'un mois, mort par hémorragie intestinale. *S. M. Hôpitaux, Lyon*, novembre 1911.
- WEISS (A. G.), GROVES et GURRIARDU (G.). — Nouvelles recherches sur la pathogénie des ulcères. Rapport de P. Duval. *Bull. de méd. Soc. chir.*, séance 2 décembre 1931, t. LVII, n° 32.
- YAGUE. — Ulcera de duodeno. *La medecina Ibero*, 15 mars 1930.

TABLE

	Pages
Avant-propos.	15
Introduction	19
Etiologie.	25
Histoire clinique	27
Radiologie	39
Observations.	45
Conclusions.	61
Bibliographie.	65

